



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima – 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Lizeth María SALAS PRESENTACIÓN

ASESOR

María Josefa ARCAYA MONCADA

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Salas L. Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima – 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : SALAS PRESENTACIÓN LIZETH MARÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL
FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN LA
UCI DE LA CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE LIMA - 2015

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA INTENSIVISTA

Lima, 25 de abril de 2016

Señor Doctor
SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO
Director de la Unidad de Post-Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA INTENSIVISTA** ha examinado el
Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DIECISIETE (17)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO
Lic. Esp. JUANA CUBA SANCHO
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora



MG. TULA ESPINOZA MORENO

Mary

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por
darme la fortaleza para
seguir adelante.

A mí querida familia por su
apoyo incondicional.

A la escuela académica
profesional de enfermería
por la formación académica
recibida.

AGRADECIMIENTO

Quiero hacer extensiva mi gratitud a los docentes de la unidad de posgrado, en especial al equipo de investigación, por los conocimientos infundidos. A la Mg María Josefa Arcaya Moncada por su asesoramiento.

Así como también a la colaboración de la Mg Marisol Villafuerte Fernández en la realización del presente estudio.

A la Clínica Internacional por su valioso apoyo al brindarme las facilidades para la realización del presente estudio.

Al personal de enfermería del servicio de UCI de la Clínica Internacional sede Lima por su gran receptividad.

INDICE GENERAL

	Pág
CAPITULO I.....	13
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 Situación Problemática.....	13
1.2 Formulación del Problema	18
1.3 Justificación	18
1.4 Objetivos.....	20
1.4.1 Objetivo General	20
1.4.2 Objetivos Específicos.....	20
CAPITULO II.....	21
2.1 Antecedentes.....	21
2.2 Bases Teóricas.....	30
2.3 Definición Operacional de Términos	50
CAPITULO III.....	51
3.1 Tipo y Diseño de la investigación.....	51
3.2 Lugar de Estudio	51
3.3 Población de estudio	52
3.4 Criterios de selección	52
3.4.1 Criterios de inclusión.....	52
3.4.2 Criterios de exclusión.....	52
3.5 Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	53

3.6	Procedimientos para el análisis e interpretación de la información.....	53
CAPITULO IV		55
4.1	Resultados.....	55
4.2	Discusión	62
CAPITULO V.....		67
5.1	Conclusiones:.....	67
5.2	Recomendaciones	68
5.3	Limitaciones.....	69
Referencias		70
ANEXOS		¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pág.
1. Distribución de las enfermeras por edad servicio de UCI clínica internacional sede lima 2015.	56
2. Distribución de los enfermeros según estudios de posgrado servicio de UCI clínica internacional sede lima 2015.	57
3. Distribución de los enfermeros por experiencia laboral servicio de UCI clínica internacional sede lima 2015.	58
4. Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la clínica internacional sede lima 2015.	59
5. Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería según su contenido en la UCI de la clínica internacional sede lima 2015.	60
6. Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería según su estructura en la UCI de la clínica internacional sede lima 2015.	61

RESUMEN

AUTOR : Lizeth Salas Presentación

ASESORA : Mg. Josefa Arcaya Moncada

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima. **Materiales y Métodos** El tipo de estudio es nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la población considerada estuvo conformada por 15 enfermeras, se utilizó como instrumento el registro sistematizado integral de enfermería y opinionario tipo escala Likert modificada. **Resultados:** los resultados hallados en este estudio fueron: la opinión que posee la enfermera sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la clínica internacional sede lima fue del 100%(15) enfermeras el 47%(7) tiene una opinión medianamente favorable, mientras que el 27%(4) tienen una opinión de favorable y desfavorable. En cuanto al contenido del formato el 60%(9) enfermeras opina medianamente favorable, 20% (3) tiene una opinión de favorable y desfavorable. En cuanto a su estructura fue el 53%(8) tiene una opinión medianamente favorable, el 40%(6) opina favorable y un 7%(1) opina desfavorable.

Por lo que se Concluye: las enfermeras opinan en su mayoría que el actual formato utilizado es medianamente favorable referido a que el formato no consigna espacios para formular diagnósticos de enfermería, planificar y evaluar los cuidados por lo que existe la necesidad de rediseñar el instrumento.

PALABRAS CLAVE:

Opinión de las enfermeras, Registro de Enfermería, Enfermería.

SUMMARY

AUTHOR : Lizeth Salas Presentación

ADVISORY: Mg. Josefa Arcaya Moncada

This study aimed to determine the opinions of nurses on the format of comprehensive systematic nursing record in the International Clinic UCI Headquarters Lima. Materials and Methods The type of study is level application, quantitative, descriptive method of cross section, the target population consisted of 15 nurses, nursing comprehensive and systematic registration opinionario modified Likert scale was used as an instrument. Results: The findings of this study were: the perception that the nurse has on the format of comprehensive systematic registration of nursing in ICU clinical lima international headquarters was 100% (15) 47% nurses (7) has a fairly favorable opinion, while 27% (4) have an opinion favorable and unfavorable. In terms of content format 60% (9) nurses fairly favorable opinion, 20% (3) has an opinion favorable and unfavorable. In terms of structure it was 53% (8) has a fairly favorable opinion, 40% (6) thought favorably and 7% (1) unfavorable opinion. So he concludes: nurses think mostly that the current format used is fairly favorable reference to the format does not commit spaces to formulate nursing diagnoses, plan and evaluate care so there is the need to redesign the instrument.

KEYWORDS: Opinión nurses, nursing record, Nursing.

PRESENTACIÓN

En una institución hospitalaria, el instrumento más utilizado en la comunicación escrita es la historia clínica. Como parte integrante de dicha historia, están los registros de enfermería, el personal de enfermería utiliza diversos tipos de registros e informes para mantener una adecuada comunicación interdisciplinaria, en este conjunto se encuentra las anotaciones de enfermería, donde se utiliza la comunicación escrita para la exposición de todos los acontecimientos sucedidos durante el turno con el paciente; debido a ello es importante que el profesional realice un adecuado reporte escrito ya que permitirá la continuidad de los cuidados y una mejor atención, considerados esencial para la calidad asistencial, garantizando así una atención de calidad acorde a las necesidades del paciente. Lo que permite comprender que si no se deja por escrito el trabajo realizado, no se puede crear un propio campo de conocimiento, no se puede reivindicar la carga de trabajo y cuidados; afirmando entonces, que la forma más segura de transmitir la información de los cuidados y eventos de cambios presentados en el paciente, es a través de los registros de enfermería.

Es importante que la enfermera registre todo lo que precise comunicar, para que esta comunicación facilite la continuidad de los cuidados y su perduración en el tiempo; documentando con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, permitiendo mejorar la calidad asistencial, percibida tanto por los profesionales de la salud, como por el paciente y sus familiares.

El presente estudio titulado “opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la uci de la clínica internacional sede lima -2015” tiene como objetivo: determinar la opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede lima, con la finalidad de que se formulen estrategias orientadas a mejorar en términos de presentación: estructura y contenido de los registros, así como la utilización de un lenguaje estandarizado de la NANDA –Internacional (NIC) (NOC). Es por ello la importancia de este estudio. A partir de esta información retroalimentar al personal en la toma de conciencia sobre la responsabilidad que les atañe desde los puntos de vista técnico y legal.

Sostenemos que los registros de enfermería son una herramienta de formación, investigación y estadística que contribuye al desarrollo profesional, dichos registros certifican la atención prestada por enfermería, que puede ser utilizado por un tribunal que así lo requiera. A fin de expresar con precisión el alcance de este estudio el presente se estructuro por capítulos, Capítulo I: planteamiento del problema, contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos generales y específicos que se plantearon. El capítulo II: Comprende los antecedentes del estudio, bases teóricas, definición operacional de términos. El capítulo III: Contiene el Marco Metodológico: tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población, criterios de selección: inclusión, exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información, El capítulo IV: resultados y discusión. En el capítulo V: se presentan las conclusiones,

recomendaciones y limitaciones y por ultimo tenemos las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

Desde la fundación de la enfermería como profesión por Florence Nightingale, surge la necesidad de la recogida de información acerca del paciente y análisis de la misma. Desde una perspectiva histórica las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado, en cuanto a su trascendencia no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. (Revista Científica de Ciencias de la salud, 2014)

Aun en el umbral del siglo XXI, lamentablemente en la práctica se observa que los registros de enfermería carecen de información

relevante, existen fallas en el lenguaje, utilización de terminología técnica inadecuada, además de problemas en la exactitud, brevedad, legibilidad de la información; el personal de enfermería se enfoca más al cuidado directo, subestimándole importancia a la elaboración de sus registros. Las enfermeras han creído que cuanto más información anoten estarán más protegidas legalmente, en la actualidad las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio.

Enfermería como disciplina permite al profesional ser autónomo, dirigir su quehacer al cuidado directo evidenciando su trabajo a través del proceso de enfermería lo que garantiza la continuidad y calidad del cuidado. La Ley del Trabajo del enfermero N° 27669, Capítulo II De Las Responsabilidades y Funciones del Enfermero, en el artículo 7 inciso (a) promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala: “brindar el cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) (ley de trabajo del enfermero N° 27669, 2002).

Estudios realizados demuestran: Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo, las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno. (Revista Científica de Ciencias de la salud, 2011)

Lógicamente el nivel de preparación y experticia del profesional debería diferenciar el registro que elabora enfermería, pero situaciones como la gravedad del estado del paciente, exceso de trabajo deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin

embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería.(Ibara Fernandez).

El código de Ética y Deontología D.L 22315 en el Capítulo III La Enfermera y el Ejercicio Profesional, en el artículo 27, señala que: La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional. (Código de Ética y Deontología). En la práctica enfermería no solo atiende al paciente, sino también mantiene comunicación con el resto del equipo de salud y familiares, dichas situaciones raras veces o nunca se encuentran registradas.

Bárbara Kozier (1995) puntualiza lo siguiente “El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, esas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, adaptación y la credibilidad”. (Bárbara, 1995).

En una institución hospitalaria el instrumento más utilizado es la historia clínica este es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente en derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Evidentemente

los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica.(Bárbara, 1995).

Como parte integrante de dicha historia clínica los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. En resumen, los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas.

En un estudio realizado para analizar las causas del bajo nivel de cumplimentación bajo una perspectiva cualitativa, ha apuntado que hay un escaso registro de enfermería, donde el personal de enfermería apenas escribe parte de su trabajo, añadiendo que una gran parte de las actividades realizadas por estos profesionales se quedan en procesos mentales, y que probablemente está relacionado con la cultura. Actualmente existe un amplio gremio de enfermeros que no le dan suficiente importancia al registro de sus actividades, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. (Gabaldón. et. al, 2002)⁷

En el servicio de la UCI se observa a los pacientes con múltiples patologías, en estado crítico, pacientes geriátrico, entre otros. Conectados a equipos de alta tecnología que presentan múltiples infusiones, equipos invasivos, y están monitorizados continuamente; dado la complejidad del paciente el personal de enfermería debe de abordar sus registros de tal manera que asegure y garantice la continuidad del cuidado,

Sin embargo no se le da la importancia debida al registró aún existe la resistencia tradicional del enfermero para utilizar adecuadamente sus registros, por una doble problemática actitud negativa e inadecuación de los documentos. En este contexto surge la necesidad de conocer si los registros de las anotaciones de enfermería, se emplean en base a un plan de cuidados o de acuerdo al acrónimo SOAPIE, como resultado de las observaciones en las diferentes UCI en mis prácticas clínicas en diversas instituciones he logrado captar algunas opiniones que tienen las enfermeras (os) acerca de los diferentes registros de enfermería que se tiene en las unidades de cuidados intensivos, obteniendo comentarios como: “Este formato no permite el desarrollo de un plan de cuidados” “Este formato no tiene el acrónimo de SOAPIE”, “Este formato es muy grande”, “las anotaciones quita tiempo”, “no existe personal suficiente como para darme la libertad de registrar mis anotaciones” “hay que mejorar nuestros registros de enfermería”, “debemos agregar una lista de diagnósticos que sea para marcar” “este formato no nos sirve de ayuda para una evaluación rápida” “ el espacio es muy pequeño” “deberíamos tener formatos estandarizados” “el formato tiene demasiados ítems que muchas veces no se ajusta a la realidad del paciente” “ las enfermeras fuimos formadas para cuidar enfermos, no para llenar papeles”

Estas observaciones y apreciaciones me llevan a plantear las siguientes interrogantes:

- ✓ ¿Qué opinión tendrán las enfermeras acerca del registro sistematizado integral de enfermería?
- ✓ ¿las anotaciones se desarrollaran en base a un plan de cuidados o según el acrónimo SOAPIE?

✓ ¿Será fácil de llenar este formato?

1.2 Formulación del Problema

De las interrogantes expuestas anteriormente, se plantea el siguiente problema a investigar:

¿Cuál es la opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima -2015?

1.3 Justificación

La historia clínica es el único documento testimonial ante la autoridad judicial, entonces los registros de enfermería son las únicas pruebas documentales que indica que se ha llevado a cabo el cuidado de enfermería; su utilidad e importancia se centra en su valor legal, documento de gestión e indicador de calidad el mismo que permite realizar auditorías a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de la atención.

El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera(o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud - enfermedad, implementando el método científico a través del proceso de atención de enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional. Art 4° (Reglamento de la Ley de Trabajo del Enfermero, 2002).

A lo anterior, se agrega que al definir un registro de enfermería como un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y la persona, Es imprescindible contar con éste para que el proceso de comunicación entre todo el equipo de salud sea efectivo, para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados. Una buena documentación es importante para respaldar las decisiones y acciones emprendidas por el profesional en su desempeño diario. Así mismo el registro es una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió por lo tanto es necesario que los profesionales conozcan las repercusiones que trae consigo a nivel profesional y legal.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede Lima.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre el contenido del formato de registro sistematizado integral de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede Lima.
- ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre la estructura del formato de registro sistematizado integral de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede lima.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

A NIVEL INTERNACIONAL:

Meneses Quisberth Pamela Verónica, Rodríguez Andrade
“Calidad de los Registros de Enfermería S.O.A.P.I.E en la unidad
de cuidados intensivos neonatales Hospital Seguro Social
Universitario la Paz Gestión 2012”

El presente estudio se realizó en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril 2012 con el **objetivo** de conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron

hospitalizados. Para fines de estudio se consideró una **muestra** de 65 registros de enfermería, se utilizó como **instrumento** de recolección de datos una lista de chequeo que consta de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales.

Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos estudiados.

Se verificó que la falencia está en el registro incorrecto de los datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería. Por otra parte no están utilizando herramientas con base científica como una Guía para aplicar el PAE basado en el registro del SOAPIE correctamente. (Meneses Quisbert, 2012)

A NIVEL NACIONAL

Carmen Quispe Aduvire “Nivel de Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la Calidad de las Notas de Enfermería en Centros de Salud Microred Metropolitana Tacna – Perú 2012”

tiene como **objetivo** general determinar si existe relación entre el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería. **Metodología** estudio cuantitativo de nivel relacional, tipo cuasi experimental, retrospectivo, transversal, analítico. La **muestra** estuvo compuesta por 42 profesionales de enfermería, utilizando como **técnica** la observación y el análisis de casos y una lista de chequeo.

Resultados: un 16,7% aplica óptimamente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 31% que presenta Notas de Enfermería de buena calidad, un 47,6% aplica regularmente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 47,6% que presenta Notas de Enfermería de regular calidad y un 35,7% aplica de manera deficiente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 21,4% que presenta Notas de Enfermería de mala calidad. Conclusiones: tras hallar el nivel de significancia se concluye que existe relación significativa entre el Nivel de Aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la Calidad de las Notas de Enfermería en los Centros de Salud de la Microred Metropolitana Tacna 2012. (Aduvire, 2012)

Morales Loayza Sandra Carmela (2011) “Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos-Hospital Regional Moquegua” de tipo cuantitativo, prospectivo de corte transversal; su **objetivo** fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria la **población** estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, como **instrumento** se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación. Se llegó a las **conclusiones:**

Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). (Morales Loayza. Sandra Carmela, 2011)

Palomino Zarate Brigitt (2010) en Lima Perú, realizo un estudio sobre “**Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho**”, los **objetivos** fueron; identificar la calidad de las anotaciones de las enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho e identificar la calidad de las anotaciones de las enfermeras en la dimensión estructura y contenido. **Materiales y Métodos.** El estudio fue de corte transversal retrospectivo. La **técnica** fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. **Resultados**

“La calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son deficientes calidad referido a que no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento. Acerca de la dimensión estructura un porcentaje considerable son de buena calidad referido a que contiene la firma de la enfermera y el número de colegiatura , la letra es legible y contiene los datos del paciente ; y según la dimensión contenido la mayoría son deficiente calidad referido a que no registra la información que se brinda al paciente familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos futuros en el hogar , no señala la respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimientos, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización”. (Brigitt, 2010)

Gonzales Medero Claudia Ivet (2009) “**Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona No. 32 Villa Coapa**” cuyo **objetivó** general

fue conocer que factores influyen en el personal de enfermería para realizar el llenado de la hoja de registros clínicos en forma inadecuada. **Diseño Metodológico**, Es un estudio descriptivo y transversal, del tipo de investigación documental que analizó los factores que interfieren en el correcto llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería. Para la recolección de datos se realizó un cuestionario con 20 reactivos basado en la operacionalización previa de las características de las variables incluidas en el estudio, el cual fue aplicado a 80 enfermeras de los servicios de medicina interna, gineco-obstetricia, urgencias, recuperación, centro quirúrgico, pediatría y quirófano.

Concluye en una de sus graficas:

“Opinión del personal de enfermería respecto a los factores que afectan el llenado; el 42% del personal opinó que es carga de trabajo, un 25% dijo que era la unificación de criterios, mientras que un 16% consideró que era el espacio insuficiente y un 10% menciona que era falta de conocimiento”. (Gonzales Medero, 2009)

Collana Torres, Estela Mercedes (2009) “Opinión de las Enfermeras Sobre un Formato para el Registro de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los **objetivos** fueron determinar la opinión de las enfermeras sobre un formato para el

registro de enfermería en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo e identificar la opinión en la dimensión estructura y contenido. **Material y Método:** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La **población** estuvo conformado por 15 enfermeras. La **técnica** fue la Encuesta y el instrumento un opinionario y un Formato de registro de Enfermería.

***“Resultados:** del 100 por ciento (15), 80 por ciento (12) tiene una opinión medianamente favorable, 13 por ciento (02) tiene una opinión favorable, 07 por ciento (01) tiene una opinión desfavorable; mientras que según el contenido del formato el 67 por ciento (10) tiene una opinión medianamente favorable, 20 por ciento (03) tiene una opinión desfavorable, 13 por ciento (02) tiene una opinión favorable, y por la estructura del formato el 54 por ciento (08) tiene una opinión medianamente favorable, 33 por ciento (05) tiene una opinión favorable, 13 por ciento (02) tiene una opinión desfavorable.(Collana Torres, 2009)*

Quispe Mamani Claudia “Calidad en Registros de Enfermería Hospital del Seguro Social Universitario la Paz área de Pediatría Enero a Junio, Gestión 2009” Estudio de tipo cuantitativo, cualitativo, descriptivo y retrospectivo; realizado entre los meses de enero a junio del año 2009. El **objetivo** del estudio fue establecer la calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, durante el primer semestre del año 2009. La **muestra** estuvo conformada por 50 historias clínicas de pacientes entre 1 mes a los 5 años de edad, que fueron internados en el área de pediatría. Se aplicó una encuesta para recolectar datos de

historias de pacientes que fueron externados con alta médica pos tratamiento.

Los resultados evidenciaron que el 100 % de los registros, presentaron deficiencias en su manejo, no cumpliendo así con las normas internacionales para el llenado las mismas, en cuanto a la calidad del registro del Kárdex, el 100 % no ejecutó el diagnóstico de enfermería, clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC del Ingles Nursing, interventions classification) y la Clasificación de los resultados de enfermería (NOC del Ingles Nursing, Outcomes classification; en cuanto a la hoja de enfermería el 100 % no registró de acuerdo al Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación (S.O.A.P.I.E.); y el 52 % no cumple con escribir con letra legible y ortografía correcta, el 54 % presentó borrones y correcciones. (Quispe Mamani, 2009)

Basurto Jiménez, Erika “Factores que afectan el correcto llenado de las hojas de registros clínicos, por el personal de enfermería del área operativo-asistencial, del turno matutino Hospital General de Zona #32 "Villa Coapa", en marzo – abril del 2009” se realizó en los servicios de medicina interna, gineco-obstetricia, urgencias, recuperación quirúrgica, pediatría y quirófano cuyo **Objetivo** es conocer qué factores influyen en el personal de enfermería para realizar el llenado de la hoja de registros clínicos en forma inadecuada, El **Método** de estudio es descriptivo y transversal, del tipo de investigación documental, con una **muestra** de 80 enfermeras se utilizó como instrumento un cuestionario.

“Se obtuvo que un 67% del personal de enfermería desconoce la Norma Oficial Mexicana sobre el correcto llenado de los registros de enfermería, el 33 % afirma conocerla, de la cual solo 6 personas la mencionaron correctamente, el 57% menciona que recibió capacitación constante sobre el llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería y el 43% menciona que no la recibe. En relación a los factores que afectan el llenado; el 42% del personal opinó que es carga de trabajo, un 25% dijo que era la unificación de criterios, mientras que un 16% consideró que era el espacio insuficiente y un 10% menciona que era falta de conocimiento”. (Basurto Jimenez, Marzo - Abril 2009)

Analizando estos resultados podemos deducir que los principales factores que interfieren en el correcto llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería son: como primer punto la carga de trabajo, seguido de la falta de unificación de criterios por parte de las supervisoras y jefas de piso, prosiguiendo con el descontrol con respecto a la capacitación brindada al personal y finalmente el desconocimiento de lineamientos establecidos en la Norma Oficial.

Chalco Villarruel, Justina Luzmila, 2007; en Lima Perú, realizó un estudio sobre “Opinión de las Enfermeras Sobre la Aplicación del Proceso de Atención a través de un Registro de Enfermería de Emergencias en el Centro de Salud de Ventanilla: Julio-Diciembre” tuvo como **objetivo** general determinar la opinión de las enfermeras sobre la aplicación del PAE a través de un registro en la

atención al usuario; en el servicio de emergencia. Identificar la opinión de las enfermeras sobre el diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y la evaluación a través de uso de registros de enfermería el **tipo de estudio** es cuasi experimental, nivel aplicativo método descriptivo. La **población** estuvo conformada por las enfermeras que laboran en el Centro de Salud de Ventanilla su muestra es de 20, el instrumento que utilizo fue cuestionario, la **técnica**, la entrevista los hallazgos más significativos fue la opinión de las enfermeras. Resultados: el 100% de las enfermeras opinan que el registro de enfermería permite la evaluación del todo el proceso de atención de enfermería. **Conclusión:**

“la mayoría de las enfermeras opinan que el registro de enfermería aplicado en el centro de salud de ventanilla en el servicio de emergencia es buena ya que permite la aplicación del proceso de atención de enfermería, sin embargo la minoría de enfermeras opinan que le demandan tiempo en valorar los datos subjetivos. Sobre la aplicación del proceso de atención a través de un registro de enfermería .Es buena, regular y mala relacionada según su disposición buena relacionada a la etapa de valoración, diagnóstico planificación, intervención y evaluación”.(Chalco Villarruel, 2007)

Plasencia Rojas, Julisa Verónica en Lima Perú, realizó un estudio sobre “Opinión de las Enfermeras Sobre las Características y Utilización de la Información que brinda el Reporte de Enfermería en los Servicios de Medicina en el Hospital Nacional Daniel

Alcides Carrión Febrero 2007” el cual tuvo como **objetivo** determinar la opinión de las enfermeras sobre las características y la utilidad de la información que brinda el reporte de enfermería en los servicios de medicina del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, nivel aplicativo, tipo cuantitativo, **método** descriptivo exploratorio, de corte transversal, su **población** estuvo conformada por 30 enfermas, la **técnica** fue la encuesta y el instrumentó aplicado es una lista de chequeo, los **resultados** hallados en este estudio fueron:

“La opinión que posee la enfermera sobre las características y la utilidad de la información que brinda el reporte de enfermería, de un total de 30(100%) enfermeras, 13(43) tienen una opinión medianamente favorable, 9(30) tienen una opinión favorable y finalmente 8(27) tiene una opinión desfavorable. Por lo que se concluye que la gran mayoría de la población de enfermeras tiene una opinión medianamente favorable respecto a las características y la utilidad de la información que brinda el reporte de enfermería”.
(Plasencia Rojas, 2007)

2.2 Bases Teóricas

REGISTROS DE ENFERMERIA

Según Martínez Ques: “Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución”. (Martínez Ques A. , Marzo 2014)

Los registros de enfermería son documentos escritos que forman parte de la historia clínica del paciente, nos brindan información continua del cuidado y reflejan las respuestas a la atención brindada constituyéndose en el respaldo legal en las auditorías de enfermería. (Martínez Ques, Marzo 2004)

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existente. A esta afirmación, se puede juzgar la calidad de la práctica, servicio e información; donde la comunicación entre los miembros del equipo de salud es vital para los cuidados del paciente. Normalmente los miembros del equipo, se comunican a través de reuniones, informes y registros; siendo estos un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del paciente.

Dugas B. (2000), expresa que el registro de enfermería es la constancia escrita que se deja de los hechos esenciales con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado (p-166).

El registro de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente. El registro debe ser objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que ha pasado, mencionando los hechos y nunca haciendo conjeturas. (Kozier, 2005)

Del mismo modo Alfaro (1996) se refiere a los registros como el paso siguiente al brindar los cuidados de enfermería al usuario, familia o comunidad, el cual deberá anotar la valoración, intervención y respuesta, como producto de la actuación de enfermería. (Alfaro, 1996)

La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería asume o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Potter. Griffin, A. define registros como “documentación legal permanente de la información relevante para gestión de cuidados de la salud de un cliente” (Potter, 2002).

Los registros de enfermería son un conjuntos de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor de la atención que le brinda a los pacientes.

CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS

La enfermera necesita utilizar un método de trabajo ordenado y sistemático en la resolución de problemas de salud que son de su

competencia. La aplicación estructurada de los cuidados profesionales permitirá ofrecer respuestas ante las diferentes situaciones que puedan presentarse.

En su estructura:

Significancia: Se refiere a hechos trascendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención de enfermería. No se deben dejar espacios en blanco en las notas de enfermería.

Precisión: Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna. Se debe comenzar cada nota con el horario y finalizar con su firma.

Claridad: Las anotaciones deben tener un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia evitando ambigüedades, no deben aparecer enmendaduras, no se debe borrar, ni aplicar líquido corrector, ni tache los errores cometidos mientras se redacta el registro; lo que se debe hacer es trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto.

Concisión: Las anotaciones deben ser concisas, resumidas y concretas y se coloca fecha y hora.

En su contenido:

Evaluación Física: deberán existir datos de la valoración, complicaciones y secuelas relacionadas a la enfermedad, signos y

síntomas. Deberán contener la identificación de problemas reales y potenciales.

Comportamiento Interacción: referido a las respuestas que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, ante el cuidado brindado, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.

Estado de Conciencia: la capacidad de comprender del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizan, así mismo su estado de ánimo, percepción, orientación.

Condiciones Fisiológicas: se incluyen signos vitales, actividades de alimentación, higiene, de ambulación, descanso, etc.

Educación: es la información brindada por la enfermera sobre su enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados.

Información: se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.

Plan de intervención.- intervención, ejecución y evaluación de cuidados brindados en base a las necesidades identificadas.

NORMAS PARA LOS REGISTROS

Los registros poseen ciertas características universales, que le permiten ser un medio de comunicación entre profesionales, y que debe reunir una serie de elementos para facilitar su comprensión, Según Ibarra (2006) la tardanza en anotar los datos puede llevar a

omisiones y errores que más tarde pueden ser interpretados como de baja calidad. Así mismo el profesional no debe de fiarse de la memoria

OBJETIVIDAD:

- ✓ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- ✓ No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- ✓ Describir de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- ✓ Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- ✓ Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

PRECISIÓN Y EXACTITUD:

- ✓ Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- ✓ Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- ✓ Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- ✓ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- ✓ Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- ✓ Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:

- ✓ Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- ✓ Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- ✓ Anotaciones correctas ortográfica y gramática usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal
- ✓ No utilizar líquidos correctores ni emborronar, corregir los errores tachando solamente con una línea para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.
- ✓ Firma y categoría profesional legible, Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. Ej: L. Valentín ó LVM
- ✓ No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

SIMULTANEIDAD:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- ✓ Evitando errores u omisiones.
- ✓ Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- ✓ Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Aquello que no se debe anotar (Bergenson, 1998)

- ✓ Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente Ej: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo.
- ✓ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- ✓ No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- ✓ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren.
- ✓ Ej: Informes de caídas
- ✓ No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- ✓ No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

El personal de enfermería es sujeto de derecho y como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal. Los registros escritos bien diseñados y redactados con precisión serán de valor estimable para un abogado defensor y proporcionarán pruebas ante los tribunales, ante una demanda. (Roper & Logan, 1987)

La Historia Clínica.- es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud brindan al paciente. Documento legal aceptado en un juicio, ante demandas de “mala práctica”.(Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector salud, 2006).

Es confidencial ó privado, la historia clínica es objeto de secreto profesional, es deber de todos los profesionales guardar reserva de lo que se haya visto, oído y comprendido por razón del ejercicio profesional. Solo puede ser conocida por terceros, previa la autorización del paciente, la familia o su representante legal en los casos previstos por la ley. (Ley General de Salud).

Las notas de enfermería debe contener: nota de ingreso, fecha, hora en que el paciente ingresa, breve descripción de la condición del paciente, funciones vitales, funciones biológicas, estado general, evolución durante la hospitalización, anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora, tratamiento aplicado, nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. (Ley General de Salud).

EL reglamento de la Ley del trabajo de la enfermera en el artículo 7º.- funciones de la enfermera(o) corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones: a) brindar cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) (Reglamensto de la Ley de Trabajo del Enfermero, 2002)

Así mismo el código de ética y deontología D.L 22315. Artículo 27 señala que: La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional. (Código de Ética y Deontología)

Artículo 28: los registros de enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad. (Código de Ética y Deontología)

Los registros de enfermería, en nuestro país actualmente obedecen a exigencias de orden legal establecidas en la ley del trabajo de la enfermera peruana y reconocida por el ministerio de salud desde el año 2001 al presentarlo como un indicador hospitalario de calidad de los registros de enfermería basados en el SOAPIE y PAE.

SOAPIE.- Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las acciones y observaciones, garantizando la continuidad y seguridad en su atención:

S: datos subjetivos

O: datos objetivos

A: análisis o diagnóstico

P: plan de acción

I: intervención

E: evaluación.

N° de registros de enfermería de las H.C de pacientes Hospitalizados, que apliquen el SOAPIE en un periodo
N° de hojas de registro de enfermería de las H.C de pacientes hospitalizados en el mismo periodo

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La profesión de enfermería a lo largo de su desarrollo científico ha definido instrumentos que le ayudan a especificar su campo de acción e identidad, este es el proceso de atención de enfermería. Considerado una revolución histórica en el campo de enfermería pues su implementación es una ventaja que suscita autonomía en el trabajo de los profesionales. PAE (proceso de atención de enfermería); es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, es el método para tomar decisiones clínicas. Desde el punto de vista etimológico, método significa “camino hacia algo”, proceso “alcanzar un fin”. El PAE, su finalidad es lograr unos resultados particulares sobre la persona a través de un modo ordenado de proceder. Si el objetivo se cumple, la metodología elegida será válida. El PAE es un modo de pensar y actuar en relación con los fenómenos clínicos de interés para el personal de enfermería clásicamente el proceso comprende cinco fases o dimensiones: valoración, diagnostico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. (Hernández, 2009)

Existen diferentes definiciones del PAE. Alfaro lo describe como “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos” (Alfaro, 2005).

Se han formulado muchas otras definiciones, siendo algunas de las más relevantes las siguientes:

- “Método de identificación y resolución de problemas”. Marjory Gordon.
- “Método racional y sistemático de planificación y provisión de asistencia de enfermería individualizada”. A. Berman y S. Synder.
- “Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales”. Martha L. Rendon.

VALORACION.- es el pilar básico de la metodología del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Es de crucial relevancia la obtención de toda la información: datos subjetivos, objetivos, entrevista, observación, exploración física y datos recogidos a través de fuentes pueden ser primaria o secundaria se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

En el registro de valoración recogemos datos del paciente que nos van a permitir determinar si el paciente es o no independiente en la satisfacción de sus necesidades y cuál es su nivel de autonomía, de

esta forma determinamos el problema y planificamos el cuidado, de la valoración va depender el éxito del trabajo de la enfermera, para su desarrollo se requiere conocimientos y habilidades por lo tanto debe incluir aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona así como signos y síntomas que validan los diagnósticos de enfermería. En enfermería, se suelen utilizar varios modelos de valoración o instrumentos de valoración. En la actualidad los más reconocidos y difundidos son los patrones funcionales de Salud (M. Gordon), modelo de las necesidades humanas fundamentales (V. Henderson)

Valoración patrones funcionales (Marjory Gordon).-La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

- Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio
- Patrón 5: Sueño - Descanso
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto
- Patrón 8: Rol - Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

- Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - Creencias

Teoría de Virginia Henderson.

Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

Fase de la valoración.

Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones. Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas. Las enfermeras registran en la hoja de cuidados de enfermería si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, con respecto a las 14 necesidades:

Fase de diagnóstico

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración.

Fase de planificación

Se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar. Durante la observación se aprecia que la planificación de los cuidados se basa en las actividades

destinadas a la satisfacción de las necesidades, las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Fase de ejecución

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica, incorporando a la familia en los cuidados.

Fase de evaluación

Se realiza según el grado de independencia del paciente, considerando que una orientación educativa oportuna por parte de la enfermera facilitará que el paciente o su familia realicen los cuidados necesarios de manera independiente.

DIAGNOSTICO.-Es la segunda etapa del proceso; la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) describió el concepto de diagnóstico de enfermería en su 9.^a Conferencia, corregido en 2009 como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultado de los que la enfermera es responsable” (NANDA, 2012-2014 (Unden, M, & K)

También decimos que el diagnóstico de enfermería, es la interpretación de los problemas y necesidades del paciente basada en una valoración (subjetiva y objetiva), que permite planear la intervención de enfermería. Este diagnóstico, realizado por la enfermera a cargo, debe consignarse en la hoja de registro de enfermería, contenida en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados. Los diagnósticos de enfermería deben elaborarse tomando como referencia el sistema de clasificación de la Asociación

Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), adaptado a las características particulares del Hospital. (Manual de Indicadores Hospitalarios, 2001).

Según el estado actual del problema, los diagnósticos se clasifican en: reales, potenciales y de salud (bienestar)

Un diagnóstico es un juicio clínico, es decir, que no es una observación sino una interpretación, análisis y reflexión del significado de una serie de observaciones (Marjory Gordon, 1996).

Diagnóstico de enfermería real.-Describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2012-2014). Está presente en el momento de la valoración y hay manifestaciones clínicas (signos/síntomas).

Los componentes de un diagnóstico real según la NANDA-I son: etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.

Para formularlo correctamente se utiliza las tres letras del formato PES: el problema, la etiología y los signos/síntomas.

✓ Ejemplo: Conocimientos deficientes (P) relacionado con (r/c) mala interpretación de la información (E) manifestado por (m/p) seguimiento inexacto de instrucciones (S).

Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo.-Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerables (NANDA, 2012-2014).

Los componentes que lo constituyen según la NANDA I son: etiqueta diagnóstica, definición y factores de riesgo. Para formularlo correctamente se utiliza “Riesgo de” y las dos primeras letras del Formato PES: el problema y la etiología, ya que no existen características definitorias

Diagnóstico de enfermería de salud (DE BIENESTAR).-Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad (NANDA 09/11). Sus componentes y su formulación son iguales a los del diagnóstico de promoción de la salud. En el Comité de Expertos de 2009, la NANDA-I eliminó este tipo de diagnóstico y su definición, y todos los diagnósticos de salud se han convertido en diagnósticos de promoción de la salud.

En 1998 se presenta a los miembros de la organización la propuesta de la Taxonomía II, que se aprueba en el año 2000 y es publicada en el 2002. El cambio a una nueva taxonomía tuvo lugar debido al aumento de los diagnósticos aprobados, el nivel de complejidad de todos ellos y la dificultad de clasificarlos en la Taxonomía I. Tras solicitar el permiso de Marjory Gordon, se usaron sus patrones funcionales de salud, que pasaron a llamarse Dominios, como base en la clasificación de los diagnósticos en la nueva taxonomía. Los cuales fueron sometidos a diversas modificaciones para convertirse en los 13 Dominios vigentes actualmente

La Taxonomía II de la NANDA Internacional (NANDA I) se estructura en Dominios, éstos se dividen a su vez en Clases y dentro de éstas se localizan los diagnósticos enfermeros

- ✓ Dominio es “una esfera de conocimiento, estudio o interés”.
- ✓ Clase es “una subdivisión más específica de los dominios, que contienen los conceptos diagnósticos”.
- ✓ Diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud”.

La Taxonomía II en la actualidad presenta 13 Dominios, 47 Clases y 217 Diagnósticos enfermeros (NANDA, 2012-2014).

Los Dominios y las Clases están enumerados. Los Dominios van del 1 al 13 y las Clases desde el 1 a un máximo de 6, dependiendo del Dominio.

- ✓ Dominio 1: Promoción de la Salud.
- ✓ Dominio 2: Nutrición
- ✓ Dominio 3: Eliminación /Intercambio
- ✓ Dominio 4: Seguridad/Protección.
- ✓ Dominio 5: Percepción/ Cognición
- ✓ Dominio 6: Autopercepción
- ✓ Dominio: 7 Rol/ Relaciones
- ✓ Dominio: 8 Sexualidad
- ✓ Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés
- ✓ Dominio 10 Principios vitales
- ✓ Dominio 11: Seguridad / Protección
- ✓ Dominio 12: Confort
- ✓ Dominio 13 Crecimiento/ desarrollo

PLANIFICACION.- es la tercera etapa del proceso de enfermería está encaminada a elaborar el plan de cuidados, se inicia cuando se han identificado y definido los problemas y riesgos que se presentan en una situación.

Una vez se han identificado y definido los problemas (etapas de valoración y diagnóstico), se ordenan por orden de importancia (jerarquización). No es posible atender a todos los problemas a la vez, ni tampoco cuidarlos en su totalidad en el mismo momento por lo que es necesario decidir qué problemas puede resolver la enfermera y cuáles debe atender de forma prioritaria. Tras definir las prioridades definirá los objetivos/resultados esperados y las acciones de enfermería para su consecución, aspectos que incorporará en la estructura del plan de cuidados.

EJECUCIÓN- Es llevar a la práctica el plan de cuidados, se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. En esta fase se pone en marcha el plan de cuidados con el fin de cumplir los objetivos. Usando la terminología NIC, la ejecución consiste en la aplicación y el registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones enfermeras.

EVALUACIÓN.- es el quinto paso es la evaluación formal del logro de la evolución esperada por parte del paciente.(Uden,M & k) Berman y Snyder definen que mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran tres cuestiones fundamentales:

- ✓ La responsabilidad de sus acciones ya que se visibilizan y se ponderan las consecuencias de su trabajo.
- ✓ El interés de los profesionales en los resultados de sus actividades, porque al efectuar la evaluación se esta

demostrando preocupación por las repercusiones de las acciones llevadas a cabo.

- ✓ Un deseo de progreso manifestado por la sustitución de acciones ineficaces por otras con mejores resultados.

2.3 Definición Operacional de Términos

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS: es la respuesta expresada por las enfermeras(os) de la unidad de cuidados intensivos sobre el formato de registro sistematizado integral de enfermería en relación a su contenido y estructura, el cual fue obtenido a través de un opinionario y valorado en: (opinión favorable), (opinión medianamente favorable), y (opinión desfavorable).

REGISTRO SISTEMATIZADO: es un documento estructurado legal utilizado por las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede Lima. Este recopila datos sobre el estado de salud del paciente crítico.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Tipo y Diseño de la investigación

El tipo de estudio de acuerdo a las características tomado en consideración de los objetivos es nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal por que los datos obtenidos fueron analizados en un determinado momento.

3.2 Lugar de Estudio

El área de estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional, Sede Lima, está ubicada en la Av. Garcilaso de la Vega 1420 – Cercado de Lima, brinda la más cálida atención, en su oferta de salud, cuenta con un edificio de atención ambulatoria de 58 consultorios y 36 especialidades médicas, y un edificio de 7 pisos

de atención hospitalaria equipado con 102 camas hospitalarias, inicia en el sótano donde se encuentra el área de imágenes y laboratorio, en el primer nivel se encuentra emergencia, urgencia y terapia física, en el segundo al cuarto nivel, está el área de hospitalización adultos, pediátricos, neonatología y centro obstétrico, en el quinto nivel la unidad de cuidados intensivos que cuenta con 8 camas más, 2 camas de la unidad de intermedios. Además se encuentra sala de operaciones, y en el último nivel se encuentra el vestidor del personal y una capilla.

3.3 Población de estudio

La población considerada para el estudio estuvo conformada por: profesionales licenciados en enfermería de la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional-sede Lima, que hacen un total de 15 licenciados en enfermería. Debido a que la población de estudio es reducida no es necesario seleccionar la muestra y se trabajara con el total de la población 100%.

3.4 Criterios de selección

3.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Enfermeras que acepten participar del proyecto
- ✓ Enfermeras que realicen labor asistencial en la UCI

3.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Enfermeras que se encuentren de vacaciones/licencia

- ✓ Enfermeras que no hayan aplicado el formato
- ✓ Enfermeras que no acepten participar el estudio

3.5 Técnica e Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se diseñaron los instrumentos necesarios para el estudio, considerando la naturaleza del problema, el instrumento estuvo conformado por el de registro sistematizado integral de enfermería (Anexo D) y el opinionario tipo escala de Likert que consta de presentación, instrucciones y contenido (Anexo E)

3.6 Procedimientos para el análisis e interpretación de la información

Para la recolección de los datos se realizó el trámite administrativo mediante una carta dirigido al director de la clínica internacional sede Lima a fin de obtener la autorización y las facilidades para realizar el estudio. Luego se llevó a cabo las coordinaciones necesarias con la enfermera jefe de departamento y jefa del servicio, se ejecutó el instrumento estableciendo un tiempo máximo de 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado. Concluida la recolección estos fueron procesados mediante el paquete estadístico excel, previa elaboración de la tabla de códigos ANEXO (G). Posteriormente los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se aplicó la escala de stanones en la cual la variable se valoró en opinión favorable, medianamente favorable y desfavorable.

✓	Favorable	60 – 63
✓	Medianamente Favorable	49 – 59
✓	Desfavorable	21 - 48

CAPITULO IV

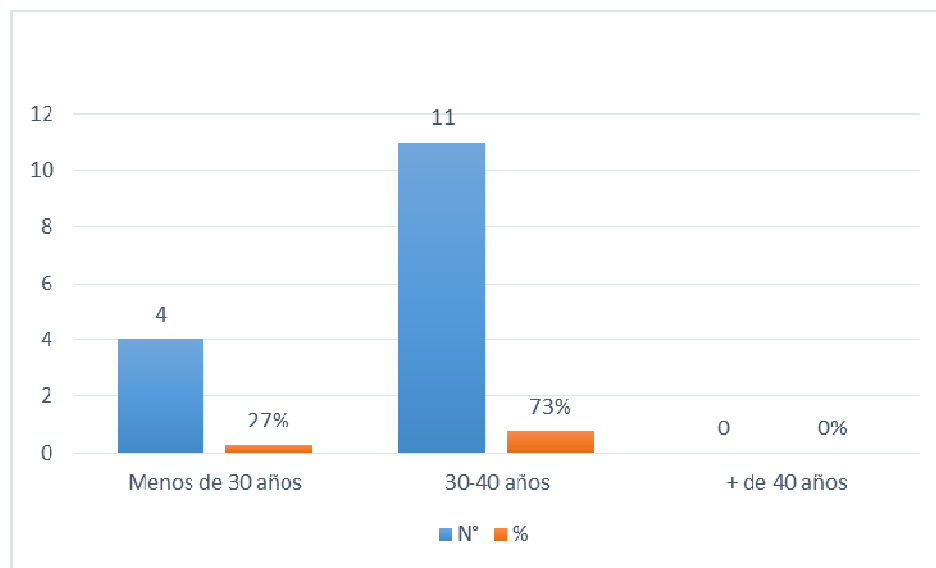
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Los resultados del estudio se presentan a través figuras y tablas estadísticas para su análisis e interpretación de acuerdo a los hallazgos relacionados a las variables de interés.

En primer lugar presentamos a los datos generales con número y porcentaje, seguidamente las frecuencias y porcentajes respecto a la opinión de las enfermeras en relación al registro sistematizado integral, el cual está organizado para dar respuesta a cada una de las preguntas de investigación.

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS POR EDAD SERVICIO
DE UCI CLINICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015



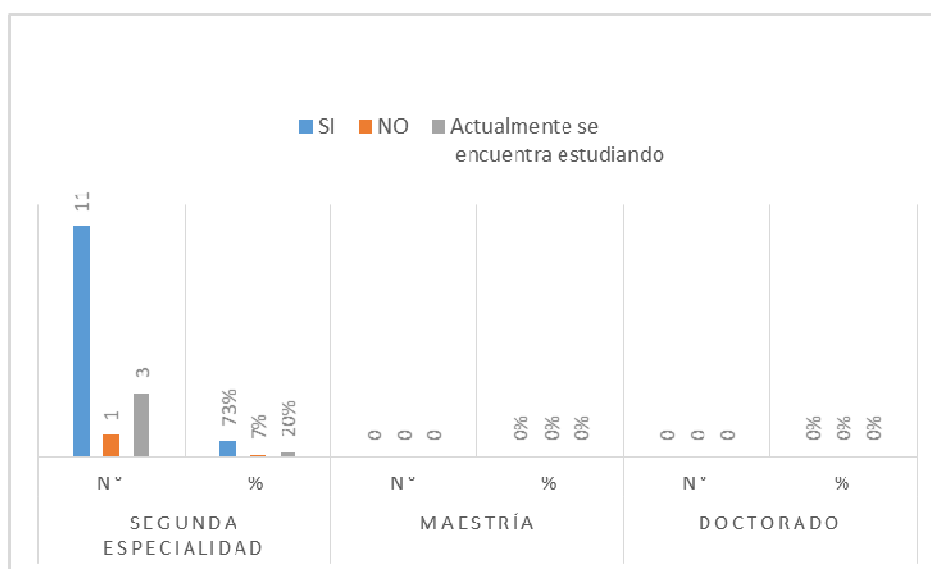
FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

En la figura N° 1 se puede observar que del 100% (15) enfermeras, el 73%(11) tiene una edad promedio 30 a 40 años y el 27% (4) tiene una edad inferior a 30 años.

Lo que significa que la mayoría de las enfermeras se encuentran en la etapa adultez madura.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS SEGÚN ESTUDIOS DE POSGRADO SERVICIO DE UCI CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA- 2015

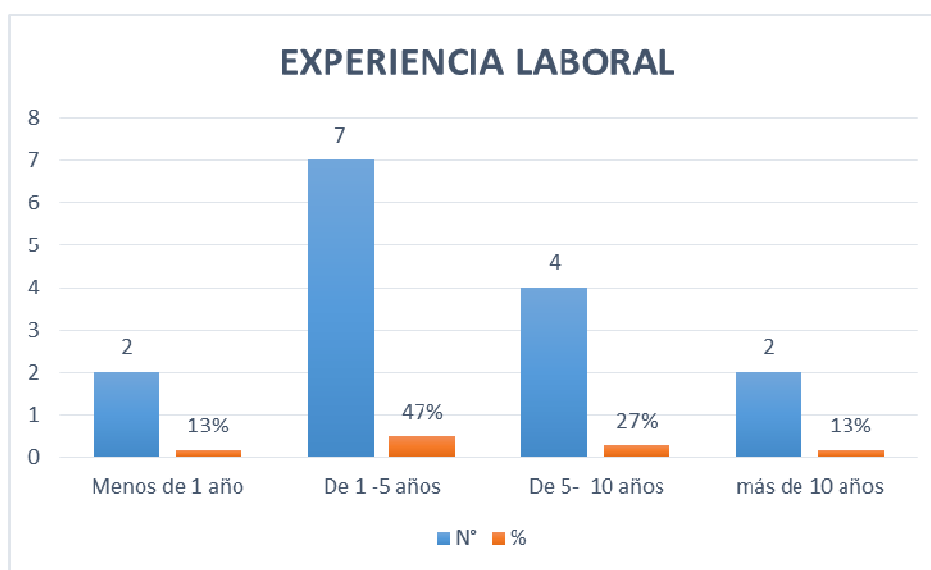


FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

En relación a la figura N° 2, muestra los estudios alcanzados por las enfermeras, el 73%(11) enfermeras cuenta con estudios concluidos de la segunda especialidad, 20%(3) se encuentran actualmente estudiando y 7%(1) no cuenta con ningún estudio de posgrado en relación a segunda especialidad, maestría y doctorado.

Dentro de la atención de enfermería la especialización y los grados juegan un papel importante para su efecto positivo en la calidad de atención al paciente, debido a que de esta forma se fomenta acciones de autocuidado que mejoran el estado de salud y contribuyen a la recuperación del paciente. El sustento teórico actualizado respalda su quehacer diario por la cual quedara reflejado en sus anotaciones.

GRÁFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS POR EXPERIENCIA LABORAL
SERVICIO DE UCI CLINICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015



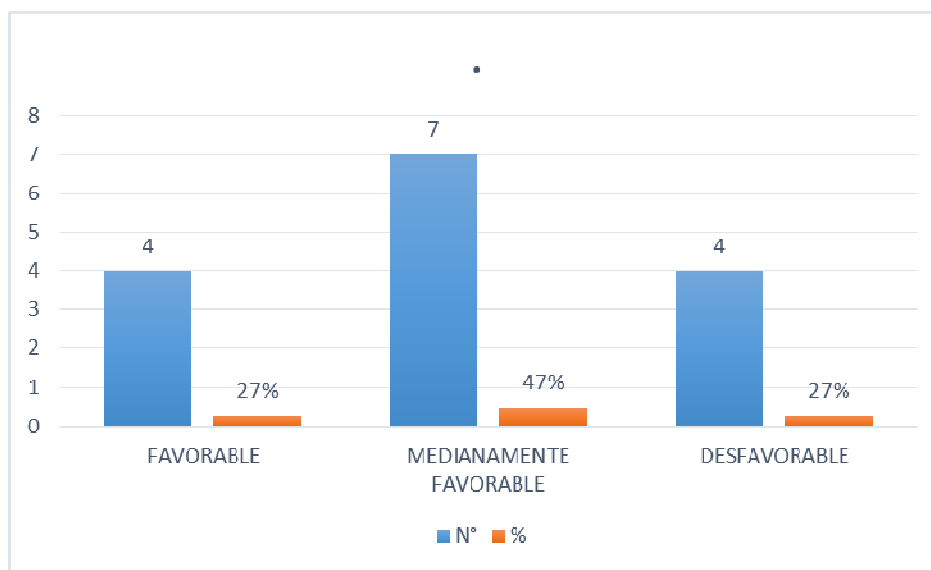
FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

En relacion a la experiencia laboral se puede observar que el 47%(7) enfermeras cuentan entre 1-5 años de experiencia laboral, 27%(4) corresponde a 5 a 10 años y el 13%(2) vienen laborando menos de un año y mas de 10 años .

Podemos apreciar que el mayor porcentaje de enfermeras cuentan con 1-5 años, a lo que podemos afirmar que la experiencia brinda habilidades y destresas al momento de ejecutar su trabajo como tambien de elaborar sus registros.

GRÁFICO N° 4

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015

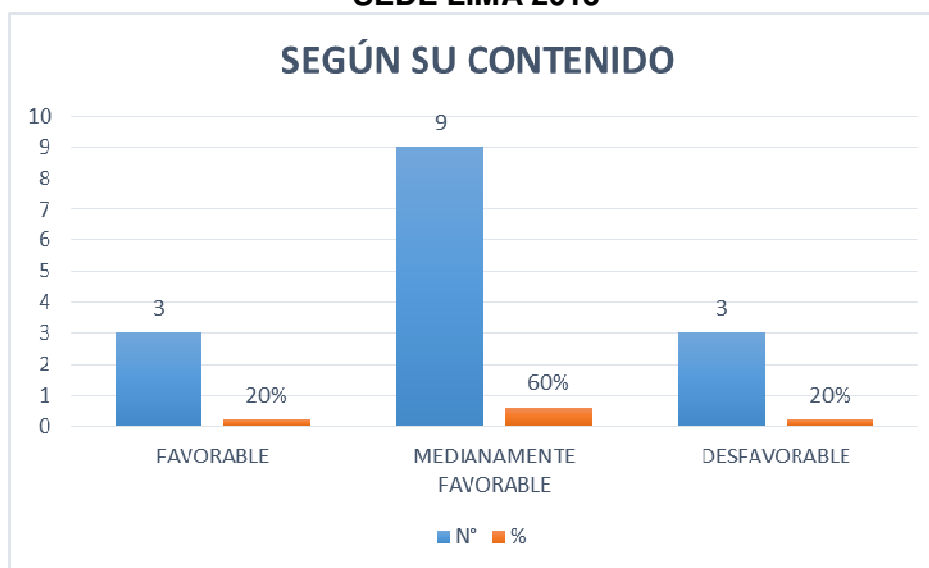


FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

En el presente gráfico acerca de la opinión de las enfermeras podemos notar que el 47%(7) del total de enfermeros, opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería es medianamente favorable, mientras que 27%(4) concuerdan que se encuentran entre favorable y desfavorable.

GRÁFICO N° 5

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA SEGUN SU CONTENIDO EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015



FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

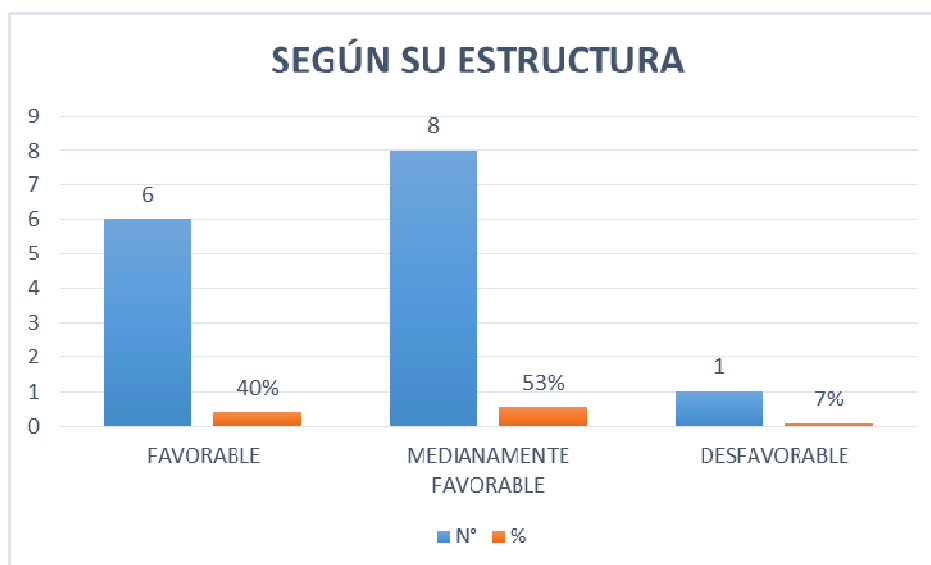
Nótese en el grafico que el 100%(15) del total de enfermeros, EL 60%(9) opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería en cuanto a su contenido es medianamente favorable, mientras que 20%(3) concuerdan que se encuentran entre favorable y desfavorable.

La opinión medianamente favorable guarda relación a que el formato permite registrar datos generales necesarios para el paciente, registra funciones vitales, facilita el registro de signos y síntomas, registra exámenes auxiliares, vías invasivas, balance hídrico, permite registrar el examen físico; la opinión favorable consigna espacio para datos subjetivos, datos objetivos y la opinión desfavorable guarda relación a

que el formato no consigna espacio que le permite formular diagnósticos de enfermería, planificar y evaluar los cuidados.

GRÁFICO N° 6

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA SEGÚN ESTRUCTURA EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015



FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

En el grafico N° 6 apreciamos que el 53%(8) del total de enfermeros opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería en cuanto a su estructura es medianamente favorable mientras que 40% (6) refiere que es favorable y un mínimo porcentaje 7%(1) lo cataloga de desfavorable.

Los resultados medianamente favorable y favorable guarda relación a que el formato permite un orden y/o secuencia en la historia clínica,

facilita la continuidad de los cuidados, los ítems son de fácil comprensión y desfavorable a que los espacios no son amplios, muchas veces el número de ítems no es adecuado y algunas consideran que existe la necesidad de rediseñar el instrumento.

4.2 Discusión

Esta investigación evidencia que el actual formato de registro sistematizado integral de enfermería solo tuvo el 47% de aprobación como medianamente favorable desde la opinión de los enfermeros, mientras que 27% concuerdan que se encuentran entre favorable y desfavorable.

Los registros de enfermería son hoy en día, un instrumento imprescindible para avalar la calidad, garantizar la continuidad y posterior evaluación de los cuidados, para así optimizar la asistencia al paciente. Por otra parte, mejoran la comunicación entre los profesionales y constituyen una valiosa fuente de información para la investigación, a la vez que son testimonio legal de nuestras actuaciones profesionales. De ahí la importancia de que la enfermería lleve a cabo unos registros claros, precisos y sistemáticos; algo particularmente importante en el contexto de las unidades de cuidados intensivos debido a la complejidad de los cuidados que precisan los pacientes.

El beneficio de tener un registro de enfermería estructurado para el cuidado del paciente/usuario, es poder proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basada la evidencia en la práctica. Es decir, un registro de enfermería bien

diseñado por los propios profesionales que cuidan al paciente como persona parte de una familia, comunidad y sociedad debe incluir todos los elementos, datos e información esencial de un plan de cuidado, pues ello permite sistematizar el proceso de enfermería. (Hullin).

Los registros de enfermería, en nuestro país actualmente obedecen a exigencias de orden legal establecidas en la ley del trabajo de la enfermera(o) peruana(o) y reconocida por el ministerio de salud desde el año 2001 al presentarlo como un indicador hospitalario de calidad de los registros de enfermería basados en el SOAPIE y PAE.

Referente a la opinión en cuanto al contenido tenemos que del 100%(15) del total de enfermeros, EL 60%(9) opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería en cuanto a su contenido es medianamente favorable, mientras que 20%(3) concuerdan que se encuentran entre favorable y desfavorable. La opinión medianamente favorable guarda relación a que el formato permite registrar datos generales necesarios para el paciente, registra funciones vitales, facilita el registro de signos y síntomas, registra exámenes auxiliares, vías invasivas, balance hídrico, permite registrar el examen físico; la opinión favorable consigna espacio para datos subjetivos, datos objetivos y la opinión desfavorable guarda relación a que el formato no consigna espacio que le permite formular diagnósticos de enfermería, planificar y evaluar los cuidados.

La problemática planteada esta aunada a que un gran número de enfermeros al elaborar sus registros el formato les imposibilita que dejen constancia de los diagnósticos de enfermería, ya que este no

consigna espacios donde puedan plasmar por escrito sus diagnósticos, planificar sus intervenciones así como evaluar.

El diagnóstico de enfermería es parte importante del proceso de enfermería y en la actualidad una de las clasificaciones diagnósticas más utilizadas es la taxonomía NANDA, que permite describir, identificar, tratar y comparar los fenómenos de enfermería, facilitando un lenguaje común para las/os profesionales.

Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

En la fase de valoración permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones, en la fase de diagnóstico se examinan el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración.

Al no ejecutar un diagnóstico posterior a la valoración será imposible realizar la planificación, como sabemos en la planificación se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar. Para Virginia Henderson la planificación de los cuidados se basa en las actividades destinadas a la satisfacción de las 14 necesidades humanas ya que son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona.

En la ejecución según Virginia Henderson La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica, incorporando a la familia en los cuidados.

Cabe destacar que entre los modelos teóricos y la práctica asistencial aún existe una gran brecha, Henderson determinó las funciones autónomas de la enfermería e insistió en que el trabajo de la enfermera es independiente del médico, reconociendo que ambas tareas se entrecruzan en muchos casos. La enfermera debe evaluar las necesidades básicas del paciente en forma empática, considerando al paciente y su familia como una unidad que requiere mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

En cuanto a su estructura apreciamos que el 53%(8) del total de enfermeros opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería en cuanto a su estructura es medianamente favorable mientras que 40% (6) refiere que es favorable y un mínimo porcentaje 7%(1) lo cataloga de desfavorable.

Los resultados medianamente favorable y favorable guarda relación a que el formato permite un orden y/o secuencia en la historia clínica, facilita la continuidad de los cuidados, los ítems son de fácil comprensión y desfavorable a que los espacios no son amplios, muchas veces el número de ítems no es adecuado y algunas consideran que existe la necesidad de rediseñar el instrumento.

Cabe señalar que actualmente el personal de salud se encuentra más expuesto a riesgos legales. En consecuencia al

elaborar sus registros muchas veces la estructura del formato impiden apreciar las actividades o acciones independientes de enfermería porque el formato no está estructurado adecuadamente.

En resumen un registro de enfermería es un documento para incorporar en forma escrita y sistemática lo que un enfermero y enfermera hace en el cuidado al paciente así como también incorporar un lenguaje específico de enfermería en forma explícita, lo que facilita el proceso de comunicación efectiva entre todos los miembros de equipo de salud y garantiza la reducción de riesgos.

Amezcu M, analizaba la utilidad de los registros, llegando a la conclusión de que un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. (Amezcu Martinez M).

Diversas revisiones bibliográficas demuestran que aun se presentan falencias en el diligenciamiento de los registros de enfermería donde no se muestra los cuidados basados en el S.O.A.P.I.E o PAE siendo esto obligatorio establecido por la Ley del trabajo del enfermero, en el artículo 7 inciso (a) promulgada el 15 de febrero del año 2002, donde señala: brindar el cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- ✓ En el presente estudio se obtuvo como respuesta en cuanto a la opinión del formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la clínica internacional sede Lima 2015 las enfermeras opinan que su actual formato de registro sistematizado integral de enfermería es medianamente favorable, mientras que casi la tercera parte opinan entre favorable y desfavorable.

- ✓ Referente a la opinión del contenido del formato arrojó como respuesta las enfermeras opinan que es medianamente favorable por que guarda relación a que el formato permite registrar datos generales necesarios para el paciente, registra funciones vitales, facilita el registro de signos y síntomas, registra exámenes auxiliares, vías

invasivas, balance hídrico, permite registrar el examen físico; la opinión favorable consigna espacio para datos subjetivos, datos objetivos y la opinión desfavorable guarda relación a que el formato no consigna espacio que le permite formular diagnósticos de enfermería, planificar y evaluar los cuidados.

- ✓ En cuanto a su estructura se concluye que más de la mitad de los enfermeros opino que es medianamente favorable, seguido del mayor porcentaje como favorable y una mínima de desfavorable.

Los resultados favorable y medianamente favorable guarda relación a que el formato permite un orden y/o secuencia en la historia clínica, facilita la continuidad de los cuidados, los ítems son de fácil comprensión y desfavorable a que los espacios no son amplios, muchas veces el número de ítems no es adecuado y algunas consideran que existe la necesidad de rediseñar el instrumento.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Que el departamento de enfermería realice capacitaciones periódicas para fortalecer el correcto uso y manejo de los registros de enfermería abordando aspectos deontológicos y legales referidos a los registros de enfermería dada su importancia para el desarrollo profesional y la función que cumple como instrumento para una atención sanitaria.
- ✓ Difundir que el registro de las anotaciones se realice de acuerdo a un plan de cuidados o en base al acrónimo S.O.A.P.I.E
- ✓ Se fomente el interés por la investigación de las diferentes áreas de enfermería para el enriquecimiento de la profesión.

- ✓ Que el departamento de enfermería y el servicio de Uci considere la necesidad de rediseñar el actual formato de registro sistematizado Integral.

5.3 Limitaciones

- ✓ La limitación derivada del presente estudio está dada por qué los resultados del estudio sólo son válido para la población en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aduvire, C. Q. (2012). Nivel de aplicacion del proceso de atencion de enfermeria y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud microred metropolitana . Tacna Perú.
2. Alfaro, R. (1996). Aplicacion del Proceso de Atencion de Enfermería . España.
3. Amezcua Martinez M. (s.f.). Documentacion profesional y calidad de los cuidados.
4. Bárbara, k. (1995). Tratado de Enfermeria Nueva América. Mexico.
5. Basurto Jimenez, E. (Marzo - Abril 2009). Factores que afectan el correcto llenado de las hojas de registros clinicos por el personal de enfermeria del area operativo asistencial. General de Zona # 32 Villa Coapa.
6. Bergenson, J. (1998). Los Aspectos Legales de los registros de enfermería. España.
7. Brigitt, P. Z. (2010). Calidad de las anotaciones de enfermeria en el hospital. Region de Ayacucho.
8. Carpenito, L. (1994). Manual de diagnosticos de enfermeria. ESPAÑA: MC GRAW HILL / INTERAMERICANA.
9. Chalco Villarruel, J. L. (2007). Opinion de las enfermeras sobre la aplicacion del proceso de atencion a través de un registro de enfermería en emergencias en el centro de salud de Ventanilla. Ventanilla - Lima.
10. Código de Ética y Deontología, D. N. (s.f.). Capitulo III La Enfermea y el Ejercicio Profesional. Lima - Peru.
11. Collana Torres, M. E. (2009). Opinon de las enfermeras sobre un formato para el registro de enfermeria en la unidad de cuidados intermedios del servicio de neonatologia del HNDM. Lima Perú.

12. Gabaldón. et. al, G. J. (2002). Análisis de las causas del bajo cumplimiento del paciente al ingreso : una aproximación desde la perspectiva cualitativa.
13. Gonzales Medero, C. I. (2009). Factores que afectan el correcto llenado de los regisstrs clinicos de enfermeria en el hospital general. zona N°32 Villa Coapa.
14. Hernández, M. y. (2009). La Enfermeria en las Historias un analisis desde la perspectiva profesional. Obtenido de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/cc 02 05. pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/cc_02_05.pdf)
15. Hospitalarios, M. d. (2001). Manual de Indicadores Hospitalarios Peru Minsa. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/oge> pagina 134
16. Hullin, C. (s.f.). Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad.
17. Ibara Fernandez, J. A. (s.f.). Tratado de Enfermeria en Cuidados Criticos Pediatricos y Neonatales. España.
18. Kozier. (2005). Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y practica. Madrid: Mc Graw -Hill. Interamericana.
19. Ley General de Salud, N. (s.f.). Lima- Perú.
20. Manual de Indicadores Hospitalarios. (2001). Manual de Indicadores Hospitalarios Peru Minsa. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/oge> pagina 134
21. Martínez Ques, A. A. (Marzo 2004). Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria, Vol. 3(1): 54-59.
22. Meneses Quisbert, P. V. (2012). Calidad de los registros de enfermeria S.OA.P.I.E. La Paz.
23. Meneses Quisbert. Pamela Veronica, R. A. (2012). Calidad de los registros de enfermeria S.OA.P.I.E en la unidad de cuidados intensivos neonatales hospital seguro social universitario la paz gestion . La Paz.

24. Morales Loayza, Sandra Carmela. (2011). Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos . Region Moquegua.
25. NANDA, i. (2012-2014). Diagnósticos Enfermeros. 61.
26. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector salud. (2006). Lima - Perú.
27. Plasencia Rojas, J. V. (2007). Opinión de las enfermeras sobre las características y utilización de la información que brinda el reporte de enfermería en los servicios de medicina en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima .
28. Potter, P. G. (2002). Fundamentos de Enfermería. España: España Hacourt.
29. Quispe Mamani, C. (2009). Calidad en registros de enfermería Hospital del seguro social universitario la Paz área de pediatría. La Paz.
30. Reglamento de la Ley de Trabajo del Enfermero, N. 2. (2002). Capítulo II de las Responsabilidades y Funciones del Enfermero. Lima- Perú.
31. Revista Científica de Ciencias de la salud. (2011). Factores Personales e Institucionales Relacionados a la Calidad de las anotaciones de enfermería. 46.
32. Revista Científica de Ciencias de la Salud. (2011). Nivel de Cumplimiento de los registros de enfermería. 52.
33. Roper, N., & Logan, W. y. (1987). Modelos de Enfermería. España- Barcelona.
34. Unden, L., M, L., & K, S. (s.f.). Proceso de Enfermería. En Cuidados Intensivos de Enfermería (pág. 3). España- Barcelona: Harcourt/oceano.

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PAG
A. Operacionalización de la variable	I
B. Matriz de operacionalización de la variable	II
C. Matriz de consistencia	III
D. Registro sistematizado	IV
E. Instrumento escala de Likert	V
F. Consentimiento informado	VI
G. Tabla de códigos	VII
H. Matriz de datos	VIII
I. Prueba binominal	IX
J. Confiabilidad del Instrumento	X
K. Medición de la variable	XI
L. Distribución de los enfermeros por edad servicio de UCI Clínica internacional sede lima 2015	XII
M. Distribución de los enfermeros según estudios de posgrado servicio de UCI clínica internacional sede lima 2015	XIII
N. Distribución de los enfermeros por experiencia laboral Servicio de UCI clínica internacional sede lima 2015	XIV
O. Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro Sistematizado integral de enfermería en la UCI de la Clínica internacional sede lima 2015	XV
P. Opinión de las enfermeras sobre el contenido del formato de registro sistematizado integral de enfermería. La UCI de la clínica internacional sede lima 2015	XVI
Q. Opinión de las enfermeras sobre la estructura del formato de registro sistematizado integral de enfermería en la UCI de la clínica internacional sede lima 2015	XVII

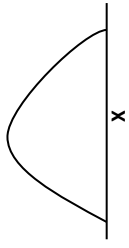
ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado Integral de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos	Opinión Idea, juicio o concepto que se tiene o se forma acerca de un registro de enfermería, documento específico que forma parte de la historia clínica	Es la respuesta expresada en relación al contenido y estructura del formato de registro sistematizado integral de enfermería documentó estructurado legal utilizado en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima el cual recopila datos sobre el estado de salud del paciente crítico. El cual será obtenida a través de un opinionario valorada en: favorable, medianamente favorable y desfavorable.	C O N T E N I D O	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de datos generales • Funciones vitales/monitoreo hemodinámico • Registra signos y síntomas • Registra exámenes auxiliares • Registro de vías invasivas • Balance hídrico • Examen físico • Datos subjetivos • Datos objetivos • Diagnóstico de enfermería • Planificación • Intervención • Evaluación 	✓ Opinión Favorable: ✓ Opinión Medianamente favorable ✓ Opinión Desfavorable:
			E S T R U C T U R A	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de la información • Permite la continuidad del cuidado • Términos claros y precisos • Ítems de fácil comprensión • Espacios para llenar y/o marcar suficientes • Reduce el tiempo invertido • Numero de ítems adecuado 	

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESTE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICION	APROXIMACIONES DE TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESCALA DE MEDICION
<p>✓ Opinión Favorable</p> <p>✓ Opinión Medianamente Favorable</p> <p>✓ Opinión desfavorable</p>	<p>Se asignará los siguientes valores. Si la respuesta es:</p> <p>Siempre = 3 A veces = 2 Nunca = 1</p> <p>Para lo cual se realizará el cálculo para la categorización de la variable, aplicando la escala de stanones, en la curva de Gauss será:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opinión Favorable 60-63 • Opinión Medianamente favorable 49-59 • Opinión Desfavorable 21-48 	<p>Dentro de los procedimientos de medición de la variable se tomara en cuenta:</p> <p>-realizar el trámite administrativo, para obtener la autorización correspondiente.</p> <p>-Se coordinara con el personal encargado para establecer el inicio de recolección de datos.</p> <p>-La recolección de datos será a través de la escala de Likert modificada.</p> <p>-La información será procesada mediante el paquete estadístico Excel previa elaboración de la tabla de códigos</p>	<p>Se utilizará el instrumento de registro sistematizado (Anexo D) y el opinionario tipo escala de Likert modificada, (Anexo E)</p>	<p>Ordinal</p> <p>✓ Opinión Favorable</p> <p>✓ Opinión Medianamente Favorable</p> <p>✓ Opinión Desfavorable</p>

II

ANEXO C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS
Objetivo General	El estudio no tiene hipótesis	Opinión de las enfermeras sobre el formato de registro sistematizado	C O N T E N I D O	<ul style="list-style-type: none"> Registro de datos generales Funciones vitales/monitoreo hemodinámico Registra signos y síntomas Registra exámenes auxiliares Registro de vías invasivas Balance hídrico Examen físico Datos subjetivos Datos objetivos Diagnóstico de enfermería Planificación Intervención Evaluación Sistematización de la información Permite la continuidad del cuidado Términos claros y precisos Ítems de fácil comprensión Espacios para llenar y/o marcar suficientes Reduce el tiempo invertido Numero de ítems adecuado 	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Objetivos Específicos		Integral de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos	E S T R U C T U R A		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre formato de registro sistematizado integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre el contenido del formato de registro sistematizado integral de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede lima. ✓ Determinar la opinión de las enfermeras sobre la estructura del formato de registro sistematizado integral de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos de la clínica internacional sede lima. 					

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ GRUPO Y Rh: _____
 DIAGNOSTICO: _____

FECHA ACTUAL: _____
 FECHA INGRESO CLINICA: _____
 FECHA INGRESO UCI: _____
 HORA DE INGRESO UCI: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

ANTECEDENTES: _____
 MEDICO TRATANTE: _____ SEGURO: _____

HORAS		8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	
MONITOREO DE FUNCIONES VITALES	FC															
	PA															
	PAM															
	FR															
	T°															
	PVC															
	PAP															
	PAPM															
	PIC															
	RITMO CARDIACO															
PUPILAS D/I mm																
GLASGOW / RASS																
ESCALA ANALOGA VISUAL DEL DOLOR																
GLUCEMIA Y HEMOGLOCOTEST mg/dl																
DOSIS DE INSULINA																
MONITOREO RESPIRATORIO	OXIMETRIA DE PULSO															
	CAPNOGRAFIA															
	TET (NIVEL TRAQ) P Cuff:															
	FIO2															
	VENTILADOR (VM) ESPONTANEO (E)															
	MODOS															
	CONTROL: Volumen (V); Presion (P)															
	VTP / VTE															
	PC / PS															
	V min															
FRP / FRT																
PEEP / CPAP																
Flujo / Relacion I / E																
SEN: POR FLUJO (F), POR PRESION (P)																
PRESION PICO																
HORAS		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
INGRESOS	AGUA O MEDICINAS															
	DIETA V.O.															
	DIETA ENTERAL /SNG /SNG /SST															
	NPT															
	SALINO															
	GLUCOSADO															
EGRESOS	RETOS															
	MEDICINAS EV															
	AGUA DE OXIDACION															
	TOTAL															
	DIURESIS															
	RESIDUO GASTRICO															
	SECRECIONES POR BOCA															
	SECRECIONES BORNQUILAES															
	HECES															
	VOMITO															
DRENAJE 1																
DRENAJE 2																
DRENAJE 3																
PERDIDAS INSENSIBLES																
TOTAL																
BALANCE+																
		INGRESO 24HORAS					EGRESO 24H					BH TOTAL 24H				

Handwriting practice lines showing slanted strokes on ruled paper.

DIAS DE PERMANENCIA _____
H.CL: _____
N° ADMISION _____
PROCEDENCIA _____

ALERGIAS _____ N° CAMA _____
TISS _____ / _____ (DIURNO-NOCTURNO)
N° HOJA _____
FAMILIAR RESPONSABLE _____
TELÉFONOS: _____

N° CAMA

[illegible]

ANEXO (D)
VISTA ANTERIOR (2)

V

VALORACION DE ENFERMERIA							
SISTEMA NEUROLÓGICO				NUTRICION			
ORIENTADO/DESORIENTADO				NPO			
SEDACION				VO			
AGITACION PSICOMOTRIZ				DIETA ENTERAL			
LETARGICO				NPT			
SOPOROSO				SNG / SOG			
COMA				YEYUNOSTOMIA / SNY / SOY			
CONVULSIONES				TOLERANCIA DIETA SI () NO ()			
DECORTICACION				RESIDUO GASTRICO ALIMENTARIO			
DESCEREBRACION				RESIDUO GASTRICO BILIOSO			
FLACIDEZ				RESIDUO GASTRICO BORRACEO			
AFASIA				SISTEMA GASTROINTESTINAL	M	T	N
DISARTRIA				ABDOMEN BLANDO / TABLA			
PARESIA MSD() MSI ()				DISTENSION ABDOMINAL			
MID() MIH()				RHA PRESENTES			
PLEJIA MSD() MSI ()				RHA AUSENTES			
MID() MIH()				MASA SOLIDA / LOCALIZACION			
BABINSKI				DOLOR			
RIGIDEZ DE NUCA				NAUSEAS / VOMITOS			
CRANEOTOMIA/PO				ERUPTOS / FLATOS			
VENDAJS Y/O COLLARIN CERVICAL				HIPO			
DREN POPEN / C. VENTRICULAR				HEMATEMESIS / MELENA			
CATERER BULBO YUGULAR				ASCITIS			
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS				RECTORRAGIA			
SISTEMA RESPIRATORIO	M	T	N	COLOSTOMIA			
OTROS				ILEOSTOMIA			
CIANOSIS				HERIDA OPERATORIA			
ALETEO NASAL				GASA SECA () HUMEDAS ()			
TIRAJE				DREN KERH			
HIPERVENTILACION				DREN PENROSE			
RESPIRACION DIFICULTOSA				DREN TUBULAR			
TORAX INESTABLE				HEMOVAC			
DISNEA				SNG A GRAVEDAD			
POLIPNEA				LAVADO GASTRICO			
AUSENCIA DE RUIDOS				PRESION ABDOMINAL			
RUIDOS DISMINUIDOS				PERIMETRO ABDOMINAL			
ENFISEMA				SISTEMA CARDIOVASCULAR	M	T	N
RONCANTES				PULSO PERIFERICO PALPABLE			
ESTERTORES				PULSO PERIFERICO NO PALPABLE			
SIBILANTES				PULSO PERIFERICO DEBIL			
TOS				SOPLO			
SECRECIONES TUBO				LLENADO CAPILAR >2" () <2" ()			
SECRECIONES BOCA				DOLOR PRECORDIAL(0-10)			
HEMOPTISIS				HALLAZGO EKG			
DREN TORAX PLEURAL D / I				INGURGILIACION YUGULAR			
HERIDA OPERATORIA				MARCAPASO TRANSITORIO			
TET				MARCAPASO DEFINITIVO			
TRQ				EDEMA + () ++ ()			
VM INVASIVA() NO INVASIVA ()				CIANOSIS CENTRAL / PERIFERICA			
FIBROBRONCOSPOPIA				VARICES			
SISTEMA TEGUMENTARIO	M	T	N	HERIDA OPERATORIA			
ESTADO DE HIGIENE B() R () M()				DREN MEDIASTINICO			
QJOS: ESCORIACION / LACERACION				DREN PERICARDICO			
PIEL: SECA/ DESHIDRATADA/ HUMEDA				SISTEMA DE ELIMINACION	M	T	N
DESCAMACION				MICCION EXPONTANEA			
PIEL MARMOREA				SONDA FOLEY / TALA VESICAL			
CIANOSIS				COLECTOR URINARIO			
FRIALDAD				OLIGURIA / ANURIA/ POLIURIA			
PALIDEZ				DIALISIS			
ICTERICIA				HEMATURIA / COLIURIA			
HEMATOMAS				RETENCION VESICAL			
EQUIMOSIS				INCONTINENCIA VESICAL			
ESCORIACION				IRRIGACION VESICAL			
ULCERA POR PRESION				CATETERISMO INTERMETENTE			
FLEBITIS/ EXTRAVASACION				CONTROL DE ESFINTER ANAL			
MICOSIS DERMICA				INCONTINENCIA FECAL(DIAS SIN DEFECAR)			
RASH				DIARREA			
DIAFORESIS				EXTREMIMIENTO...../ DIAS			
ERITEMA FLICTEMA () DESFACELACION ()				COMUNICACIÓN			
QUEMADURA				COMUNICACIÓN VERBAL			
MUSCULO CONTRACTURADO				COMUNICACIÓN ESCRITA			
ARTICULACION ANQUILOSADA				COMUNICACIÓN GESTUAL			
DOLOR				EN OTRO IDIOMA			
VENDAJS				RELACION	M	T	N
FERULA DE YESO				SOCIALIZACION ADECUADA C/ PERSONAL			
APARATO DE YESO				HOSTIL			
TRACCION				EXPRESION DE SOLEDAD			
FIJACION EXTERNA				VISITA DE ALLEGADOS			
				PREOCUPADOS POR LA FAMILIA			
				OTRAS PREOCUPACIONES			
				GRADO DE DEPENDENCIA	M	T	N
ANEXO (1) - VISTA POSTERIOR (2)							VII

ANEXO E

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

UNIDAD DE POST GRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA



INSTRUMENTO ESCALA LIKERT

PRESENTACION:

Srta. Sr (a) Enfermero(a), agradeciendo anticipadamente su colaboración, el presente instrumento tiene como finalidad obtener información acerca de “la Opinión de las Enfermeras sobre el Formato de Registro Sistematizado Integral de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima -2015” las respuestas obtenidas se usaran solo con fines de estudio. Su colaboración es de gran importancia para el logro de los objetivos, es carácter anónimo para lo cual le solicitamos ser lo más sincero posible en su respuesta. Gracias.

Datos Generales

1. ¿Qué edad tiene Usted?:
 - a) Menor de 30 años () [1]
 - b) 30-40 años () [2]
 - c) + de 40años () [3]

2. ¿Ud. Ha realizado estudios de posgrado?
 - a) SI () [1]
 - b) NO () [2]
 - c) Actualmente se encuentra estudiando () [3]

3. Si su respuesta es afirmativa, especifique:
- a) Segunda Especialidad () [1]
 - b) Maestría () [2]
 - c) Doctorado () [3]
4. ¿Qué tiempo de experiencia laboral tiene en el servicio de UCI :
- a) Menor de 1 año () [1]
 - b) De 1-5 años () [2]
 - c) De 5-10 años () [3]
 - d) > de 10 años () [4]

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de ítems con alternativas de respuesta. Se recomienda leer cuidadosamente y en el recuadro correspondiente marcar con (x) solo una alternativa de acuerdo a su criterio.

- 3: Siempre
2: Algunas Veces
1: Nunca

N°	ENUNCIADOS	3	2	1
	En relación al contenido	3	2	1
1	El formato le permite registrar los datos generales necesarios para la atención del paciente en UCI			
2	El formato le permite registrar funciones vitales/ monitoreo hemodinámico			
3	El formato le facilita que usted registre los datos de los signos y síntomas			
4	El formato le permite registrar exámenes auxiliares			

5	Permite el registro de vías invasivas			
6	Permite realizar el balance hídrico			
7	El formato le permite registrar datos del examen físico			
8	El formato consigna un espacio para el registro de datos subjetivos			
9	El formato consigna un espacio para el registro de datos objetivos			
10	El formato consigna un espacio para el registro del diagnóstico de enfermería			
11	El formato consigna un espacio que le permite registrar la planificación			
12	El formato consigna un espacio permite registrar la intervención de enfermería			
13	El formato consigna un espacio que le permite realizar la evaluación de los cuidados de enfermería			
	En relación a su estructura			
14	El formato le permite seguir un orden y/o secuencia en la historia clínica			
15	El formato facilita la continuidad en los cuidados de enfermería			
16	Los términos empleados dentro del formato son claros y precisos			
17	Los ítems empleados son de fácil comprensión			
18	Los espacios para marcar y/o llenar son suficientemente amplios			
19	El formato es de fácil aplicación en su labor asistencial			
20	El número de ítems es adecuado			
21	Considera usted que existe la necesidad de rediseñar el instrumento			

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

He sido informada de la investigación propuesta y a través del documentó expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Opinión de las Enfermeras sobre el Formato de Registro Sistematizado Integral de Enfermería en la Unidad de Cuidos Intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima -2015? habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos de la investigación. Manifiesto mi deseo de participar en el estudio la que se utilizara adecuadamente asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma:.....

DNI:.....

Investigadora: Lic. Lizeth Salas Presentación

ANEXO G

TABLA DE CODIGOS

TABLA DE CODIGOS			
N° ITEMS	PUNTUACION		
1	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
2	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
3	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
4	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
5	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
6	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
7	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
8	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
9	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
10	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
11	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
12	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
13	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
14	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
15	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
16	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
17	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
18	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
19	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
20	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)
21	SIEMPRE(3)	ALGUNAS VECES(2)	NUNCA(1)

XII

ANEXO H

TABLA DE MATRIZ POR DIMENSIONES

MATRIZ DE DATOS																												
F	N	DATOS		CONTENIDO														ESTRUCTURA										TOTAL
		GRALES		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21				
1	1	3	1	3	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	43			
2	2	1	1	4	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	55			
3	2	1	1	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	55			
4	2	1	1	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	53			
5	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	53			
6	1	1	1	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60			
7	2	1	1	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	3	46			
8	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	2	3	56			
9	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	57			
10	2	1	1	2	2	3	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	3	41			
11	2	1	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	61			
12	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	59			
13	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63			
14	1	3	1	1	3	3	2	2	3	2	2	3	1	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	48			
15	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61			

ENF	DIMENSION CONTENIDO													TOTAL
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
1	3	3	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	23
2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	1	33
3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	35
4	3	3	2	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3	32
5	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	33
6	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	36
7	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	30
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	35
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	35
10	2	3	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	24
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	38
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39
14	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	1	2	2	28
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	37

ENF	DIMENSION ESTRUCTURA								TOTAL
	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	
1	2	2	3	3	2	2	3	3	20
2	3	3	3	3	3	3	2	2	22
3	3	2	3	3	2	3	2	2	20
4	3	3	3	3	2	3	2	2	21
5	1	1	3	3	3	3	3	3	20
6	3	3	3	3	3	3	3	3	24
7	2	2	2	2	1	2	2	3	16
8	3	1	3	3	3	3	2	3	21
9	3	2	3	3	2	3	3	3	22
10	2	2	3	2	1	2	2	3	17
11	3	3	3	3	2	3	3	3	23
12	3	3	3	3	2	3	2	1	20
13	3	3	3	3	3	3	3	3	24
14	3	3	3	3	2	2	2	2	20
15	3	3	3	3	3	3	3	3	24

ANEXO I

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTO

ITEMS	NUMERO DE JUECES								P valor
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
									0.02734375

Se ha considerado:

SI= 1

NO = 0

Si P es < 0.05 el grado de concordancia es significativa, lo que indica que el instrumento es válido.

ANEXO J

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procederá a realizar Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

α : Confiabilidad calculada

k : número total de preguntas

$\sum S^2_i$: Sumatoria de Varianza de los ítems

S^2_t : Varianza de la suma de los ítems

Donde = 0.80 es consistente o confiable.

ANEXO K

MEDICION DE LA VARIABLE

Para clasificar la opinión de las enfermeras se estableció 3 categorías: Favorable, Medianamente favorable y desfavorable, se grafica la campana de Gauss

1.- se determina el promedio \bar{x} con la siguiente formula:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

Donde:

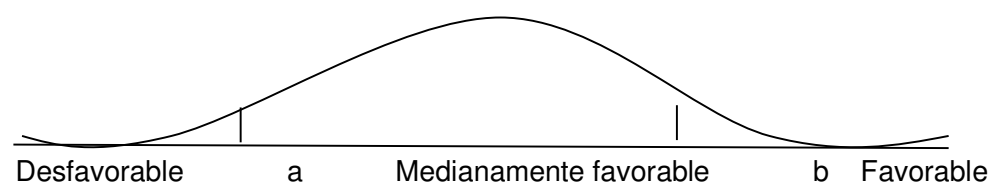
n = tamaño de la población

Xi = valores de la variable

$$\bar{x} = 54$$

2.- Se determina la desviación estándar (DS)= 6.8

Se calculó:



PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIAS DE LA VARIABLE

a) $\bar{x} - 0.75 \cdot DS$

b) $\bar{x} + 0.75 \cdot DS$

$$54 - 0.75 (6.8)$$

$$54 + 0.75 (6.8)$$

$$49$$

$$59$$

CATEGORIA	INTERVALO
OPINION FAVORABLE	60 - 63
OPINION MEDIANAMENTE FAVORABLE	49 - 59
OPINION DESFAVORABLE	21 - 48

CATEGORIAS POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN CONTENIDO

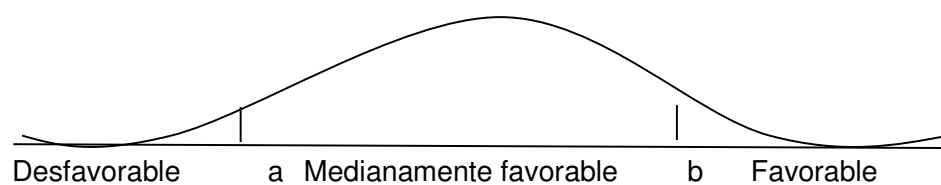
1.-Se determina el promedio \bar{x} con la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

$$\bar{x} = 33$$

2.- Se determina la desviación estándar (DS)=4.9

Se calculó:



a) $\bar{x} - 0.75 * DS$

b) $\bar{x} + 0.75 * DS$

$$\frac{33 - 0.75 (4.9)}{29}$$

$$\frac{33 + 0.75 (4.9)}{37}$$

CATEGORIA	INTERVALO
OPINION FAVORABLE	38 - 39
OPINION MEDIANAMENTE FAVORABLE	29 - 37
OPINION DESFAVORABLE	13 - 28

CATEGORIAS POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN ESTRUCTURA

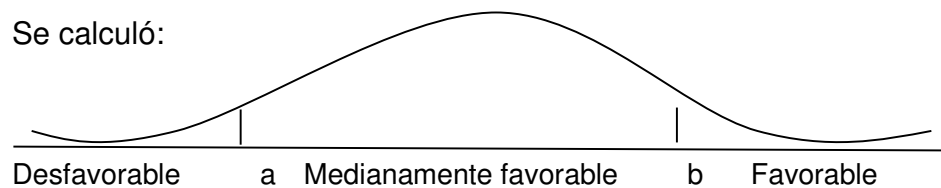
1.-Se determina el promedio \bar{x} con la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

$$\bar{x} = 19$$

2.- Se determina la desviación estándar (DS)= 2.3

Se calculó:



a) $\bar{x} - 0.75 * DS$

$$\frac{19 - 0.75 (2.3)}{17}$$

b) $\bar{x} + 0.75 * DS$

$$\frac{19 + 0.75 (2.3)}{21}$$

CATEGORIA	INTERVALO
OPINION FAVORABLE	22 - 24
OPINION MEDIANAMENTE FAVORABLE	17- 21
OPINION DESFAVORABLE	8 - 16

ANEXO L
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS POR EDAD SERVICIO DE UCI
CLINICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015

EDAD	N°	%
Menos de 30 años	4	27%
30-40 años	11	73%
+ de 40 años	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015.

ANEXO M
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS SEGÚN ESTUDIOS DE
POSGRADO SERVICIO DE UCI CLINICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015

ESTUDIOS DE POSGRADO	segunda especialidad		Maestría		Doctorado	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	11	73%	0	0%	0	0%
NO	1	7%	0	0%	0	0%
Actualmente se encuentra estudiando	3	20%	0	0%	0	0%
TOTAL	15	100%	0	0%	0	0%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015.

ANEXO N

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMEROS POR EXPERIENCIA LABORAL SERVICIO DE UCI CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA- 2015

EXPERIENCIA LABORAL	N°	%
Menos de 1 año	2	13%
De 1 -5 años	7	47%
De 5- 10 años	4	27%
más de 10 años	2	13%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

ANEXO O

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015

OPINION	N°	%
FAVORABLE	4	27%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	7	47%
DESFAVORABLE	4	27%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

ANEXO P

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CONTENIDO DEL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015

TABLA N° 5

OPINIÓN	N°	%
FAVORABLE	3	20%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	9	60%
DESFAVORABLE	3	20%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015

ANEXO Q

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA ESTRUCTURA DEL FORMATO DE REGISTRO SISTEMATIZADO INTEGRAL DE ENFERMERIA EN LA UCI DE LA CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA 2015

TABLA N° 6

OPINIÓN	N°	%
FAVORABLE	6	40%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	8	53%
DESFAVORABLE	1	7%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del servicio de UCI Clínica Internacional sede Lima 2015.